

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juin 1896, à 1 heure

PAR

D. SCHWEISGUTH

Né à Mulhouse, le 19 avril 1865.

DE L'EMPHYSEME
CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Jury { professeur : M. POTAIN.
agregés : MM. WIDAL et GILLES DE LA TOURETTE.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 17 Juin 1896, à 1 heure

PAR

D. SCHWEISGUTH

Né à Mulhouse, le 19 avril 1865.

DE L'EMPHYSÈME CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. LANDOUZY, professeur.

Jury { *professeur : M. POTAIN.*
agregés : MM. WIDAL et GILLES DE LA TOURETTE.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

331

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER
	{ PINARD.

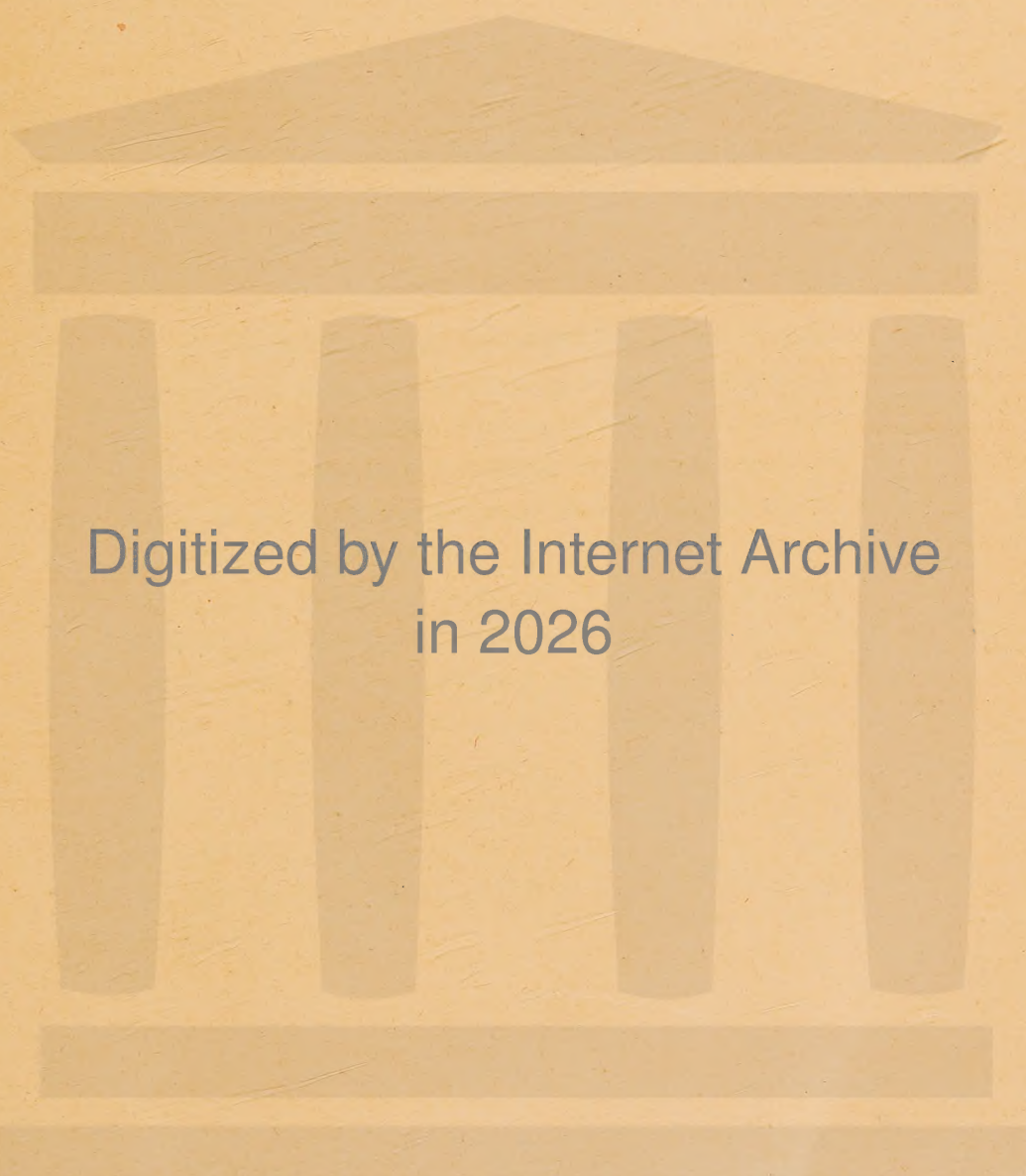
Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIER.	THOINOT.
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTNER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552428_0026

INTRODUCTION

Contrairement à ce que l'on admit longtemps, emphysème et tuberculose sont deux lésions que l'on rencontre parfois associées. Mais les rapports qui les unissent sont loin d'être élucidés, leur association imprimant à chacune d'elles une allure spéciale qui rend difficile à déterminer ce qui leur appartient en propre.

Nous avons cherché à mettre en évidence les relations anatomo-pathologiques de l'emphysème et de la tuberculose associés, ainsi que les symptômes cliniques que l'on peut attribuer à telle ou telle forme d'emphysème lié à la tuberculose pulmonaire. L'emphysème à marche chronique, généralisé à une grande étendue de poumon, nous a paru demander une description plus spéciale, son importance clinique étant bien plus considérable que celle des autres formes d'emphysème.

HISTORIQUE

Louis (1) a le premier attiré l'attention sur la rareté de ce'te association, à propos de deux cas d'emphysème aigu généralisé, s'étant développés en même temps qu'une tuberculose aiguë.

Fauvel (2) cite deux nouveaux cas analogues.

Gairdner (3), sur 40 autopsies d'emphysémateux, trouve 19 fois des tubercules.

Gallard (4) publie le premier mémoire qui traite de l'emphysème, particulièrement dans la tuberculose. Il affirme que, sur 21 sujets observés présentant de l'emphysème à des degrés divers, 13 avaient des tubercules plus ou moins avancés, depuis le tubercule cru ou crétacé entouré de fines granulations, jusqu'à des cavernes ou de l'infiltration plus ou moins étendue. Aussi conclut-il qu'il suffit de

(1) Louis. *Soc. méd. d'observat.*, 1837.

(2) Fauvel. *Soc. méd. d'observat.*, 1844.

(3) Gairdner. *On the pathol. anat. of bronchit. Journ. of. medic. Society*, 1850.

(4) Gallard. *Arch. génér. de Médecine*, août 1854.

la présence de tubercules dans le poumon pour y produire de l'emphysème et que l'emphysème n'exerce aucune influence sur le développement et la marche des tubercules.

Guéneau de Mussy (1) considère l'emphysème, ou plutôt l'asthme qui l'engendre, comme l'expression de l'arthritisme et l'étudie dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. Il conclut à une sorte d'antagonisme entre les deux diathèses qui paraissent s'exclure mutuellement chez certains sujets prédisposés à leur double atteinte.

Pidoux exprime à peu près la même idée, avec cette différence, que l'antagonisme entre asthme et phtisie est une conséquence de celui qu'il admet entre arthritisme et phtisie, l'asthme n'étant pour lui qu'une manifestation de l'arthritisme.

G. Sée (2) pense qu'on ne saurait nier la production de l'emphysème dans le poumon tuberculeux, par suite du développement supplémentaire des alvéoles et des efforts de toux. Il ne semble pas favorable à l'idée d'un antagonisme diathésique. La rareté des tubercules chez les emphysema-teux s'expliquerait par l'oblitération des capillaires pulmonaires qui tend à diminuer la nutrition du poumon.

Hirtz (3) distingue plusieurs variétés d'emphysème dans la tuberculose : *l'emphysème aigu* dans la tuberculose aiguë et dans la tuberculose chronique; *l'emphysème chronique partiel* dans la phtisie ulcéreuse en voie d'évolution; *l'emphysème chronique généralisé* dans la tuberculose latente.

(1) Guéneau de Mussy. *Arc. génér. de Médecine*, 6^e série. nov. 1864.

(2) G. Sée. *Phtisie bacillaire*, 1884.

(3) Hirtz. *De l'emphysème chez les tuberculeux*, Th. Paris, 1878.

Pour lui, la tuberculose aiguë et la tuberculose chronique latente peuvent revêtir la forme emphysémateuse généralisée.

Dans la forme latente de phtisie emphysémateuse le diagnostic est très difficile et repose surtout sur les antécédents et sur certains signes stéthoscopiques

Hérard, Cornil et Hanot (1) disent que, d'une façon générale, on peut reconnaître que tuberculose et emphysème sont fréquemment associés; mais, si l'on distingue les cas dans lesquels la tuberculose a précédé l'emphysème, de ceux dans lesquels, au contraire, l'emphysème a préexisté, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'autant l'association est commune dans le premier cas, autant elle est rare dans le deuxième. Lorsque l'emphysème a envahi primitivement le poumon, le tubercule éprouve une certaine difficulté à se développer et la marche en est généralement lente.

Quelle peut être la cause de ce fait, à peu près universellement admis? Pour ces auteurs, « l'atrophie des alvéoles pulmonaires et la destruction consécutive des capillaires sanguins s'opposent au développement des granulations et à l'inflammation pulmonaire périphérique. Il semble inutile de faire intervenir l'influence générale diathésique pour expliquer le peu d'étendue et la marche lente de la tuberculose; c'est un point parfaitement établi par Monneret, et plus tard, par Sée..... L'antagonisme des deux diathèses repose sur l'hypothèse préalable de l'asthme considéré comme l'expression de l'arthritisme. On ne tient pas

(1) Hérard, Cornil et Hanot. *Tuberculeuse pulmonaire*, 1888.

un compte suffisant de la lésion locale, c'est-à-dire de la diminution des capillaires pulmonaires par l'atrophie des alvéoles emphysémateux. »

Bard (1) admet deux formes principales d'emphysème tuberculeux :

1° L'emphysème existe aux points d'élection, à *distance* des lésions pulmonaires ; sur les bords antérieurs et à la périphérie de la base des poumons.

2° L'emphysème existe *dans le voisinage immédiat des lésions*, il forme une sorte de couronne aux granulations fibreuses ; les alvéoles les plus voisins de ces granulations prennent parfois un développement énorme. Cet emphysème existe dans une étendue variable, tantôt exclusivement sur un point, au sommet, au voisinage des cicatrices anciennes, tantôt il est disséminé dans tout un poumon. *Mais il conserve toujours son caractère de subordination aux lésions* sous forme de plaques multiples interposées entre les portions indurées.

Pour Bard, cet emphysème est une des manifestations de cette forme spéciale de tuberculose, à évolution fibreuse, qu'il met à part au milieu des variétés fondamentales de la tuberculose pulmonaire, sous le nom de *phtisie fibreuse*, l'évolution fibreuse étant l'expression d'un organisme qui résiste plus efficacement à l'invasion du mal.

Peter (2) regarde le poumon emphysémateux comme un organe dont la nutrition languit et par conséquent, pour lui,

(1) Bard. *Phtisie fibreuse*. Th. de Lyon, 1879.

(2) Peter. *Tuberculeux et phtisiques*, Paris, 1879.

l'emphysème créerait plutôt une prédisposition à la phtisie.

Potain (1) considère comme rare l'association des deux affections, qu'il s'agisse de tuberculose chronique ou de tuberculose aiguë.

Pour Grancher (2) *l'emphysème est beaucoup moins fréquent dans la tuberculose miliaire que dans la tuberculose chronique*. Il existe cependant, d'ordinaire sur les bords tranchants du poumon, à l'état de simple ectasie alvéolaire; d'autres fois il peut devenir interlobulaire, sous-pleural, et même, d'après Louis, s'accompagner d'une dilatation universelle des bronches.

« Dans certains cas, assez rares, de phtisie aiguë, l'emphysème et la bronchite concomitante peuvent prendre une grande importance clinique tant au point de vue de l'auscultation que de la marche de la maladie.

« La phtisie chronique se distingue quelquefois de la forme commune de la phtisie pour se rapprocher de la bronchite simple, de l'emphysème pulmonaire et de la dilatation des bronches.

« Dans les formes de phtisie chronique qui durent plusieurs années, il est permis de se demander, pendant longtemps, si le malade ne souffre pas de bronchite simple ou d'emphysème indépendants de la tuberculose. Plus tard, l'état général vient compliquer l'état local et l'idée de phtisie vient tout naturellement. La formation de cavernes confirme le diagnostic. »

(1) Potain. *Union Médicale*, 1891.

(2) Grancher. *Tuberculose pulmonaire. Arch. de phys.*, 1878, p. 529.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour Villemin (1), la lésion anatomique qui caractérise l'emphysème est une sorte d'inflammation chronique des parois alvéolaires aboutissant à la destruction de ces membranes, à la raréfaction du tissu du poumon, après avoir passé par une première phase d'hypertrophie plus ou moins durable.

Rindfleisch décrit l'atrophie des fibres élastiques et des parois alvéolaires, la métamorphose régressive des vaisseaux qui se rétrécissent de plus en plus jusqu'au point où le cours du sang cesse définitivement. Isaakson a trouvé, dans l'emphysème, le nombre des vaisseaux des parois beaucoup plus faible. Lorsque les parois ont perdu ainsi leur élasticité et leur résistance, elles se dilatent, elles se perforent et les infundibula communiquent entre eux. Chez certains vieillards, le sommet du poumon est transformé en tissu lacunaire dans lequel l'air circule librement,

« Il est certain, disent Cornil et Ranvier (2), que l'emphy-

(1) Villemin, cité par Hirtz. *Loc. cit.*, p. 99.

(2) Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*, t. II, p. 96.

sème sénile est caractérisé surtout par des lésions de nutrition du poumon, mais rien ne prouve que les bronchites répétées ne soient pas les causes initiales de ces lésions que l'on peut rencontrer dans la coqueluche, la broncho-pneumonie des enfants, la tuberculose. Dans ces maladies, les infundibula sont dilatés sous l'influence des efforts de toux, dans l'inspiration et dans l'expiration, et il en résulte de petites vacuoles très faciles à voir à la surface des poumons. Ces vésicules emphysémateuses sont quelquefois, si la bronchite persiste à l'état aigu, remplies de mucus ou de mucus. Aussi ne pouvons-nous admettre, avec Villemin, que l'emphysème soit toujours une maladie idiopathique causée primitivement par un vice de nutrition. »

Hirtz a étudié spécialement les lésions de l'*emphysème tuberculeux*. Dans la *forme aiguë* de l'emphysème, où la coloration du poumon est rouge pâle, les alvéoles apparaissent très dilatées, de forme irrégulière. Parfois, le poumon présente des îlots d'emphysème parfaitement indépendants de la plèvre. Entre ces îlots se trouvent des points blanchâtres nombreux et très rapprochés constitués par des tubercules miliaires. Tous les degrés de la lésion ectasique se retrouvent dans cette forme aiguë : emphysème vésiculaire, interlobulaire et sous-pleural. Ainsi la plèvre peut être soulevée par places et comme insufflée, sillonnée par de petits canaux blanchâtres. Lorsqu'on comprime ces derniers, l'air chemine tantôt de l'un à l'autre, tantôt disparaît dans le parenchyme. Sous l'influence de la gêne persistante de la respiration, les cellules dilatées peuvent se rompre, et l'air, faisant irruption dans la cavité pleurale, constitue un pneumothorax. Parfois un lobe tout entier présente la coloration blanchâtre; la sen-

sation de duvet caractéristiques. Hirtz a vu dans un cas le lobe moyen du poumon droit dilaté outre mesure; on y voyait des groupes de vésicules de la grosseur d'une petite noisette situées sur toute la surface de ce lobe.

Dans les *formes chroniques* de l'emphysème, la surface du poumon est, d'après Hirtz, d'une couleur beaucoup plus foncée.

On voit sur la surface de l'organe, des plaques de forme irrégulière, qui sont pigmentées de noir par suite de la transformation en mélanine de l'hématine renfermée dans les capillaires.

L'emphysème observé au voisinage des tubercules dans la phthisie chronique présente, d'après Grancher (1), des *caractères histologiques spéciaux* : « Cet emphysème, que j'appelle *emphysème réticulé*, n'a rien à voir avec l'ectasie alvéolaire généralisée et pure décrite par Laënnec, ni avec l'emphysème supplémentaire. Sur une section du tissu pulmonaire, les alvéoles, dans l'emphysème simple, ressemblent à du tissu spongieux; tandis que, dans l'emphysème réticulé, l'association des granulations tuberculeuses, de la sclérose, et de la dilatation avec destruction des parois alvéolaires fait ressembler le tissu d'un lobule pulmonaire à un large réticulum ganglionnaire. Les tubercules, semés autour des bronchioles et des vaisseaux, forment les nœuds du réseau; la péribronchite et la périartérite parcourent le lobule en tous sens et forment les grosses travées, tandis que ce qui reste des parois de l'alvéole représente les plus fins réseaux.

(1) Grancher. *Loc. cit.*, p. 555.

« Cet espèce d'emphysème, qui me paraît propre à la phthisie chronique, quoiqu'on ne l'y rencontre pas toujours, est donc la conséquence de lésions complexes dans lesquelles l'ectasie ou dilatation alvéolaire, ne joue qu'un rôle secondaire. Les parois de l'alvéole pulmonaire sont en grande partie détruites par un *processus inflammatoire et scléreux à marche lente*, et, sur ce qui reste des parois alvéolaires, il est facile de reconnaître des altérations profondes. Les fibres élastiques sont gonflées, plus réfringentes qu'à l'état normal et très friables; le tissu conjonctif est trouble, granuleux. Enfin, le revêtement épithélial, là où il existe encore, est composé de cellules gonflées et proliférantes.

« Dans cet état, l'alvéole pulmonaire a perdu ses propriétés de résistance et d'élasticité, la paroi se détruit et se perforé et bientôt même un lobule, sur une section perpendiculaire à son axe, prend l'apparence d'un réticulum lymphatique à larges mailles. »

Bard, parlant de la fréquence de l'emphysème dans la phthisie fibreuse, admet que dans la majorité des cas il semble établi que l'emphysème s'est produit pendant la première période de la maladie, tandis que les accidents qui ont amené la mort sont dus à des poussées nouvelles de l'affection tuberculeuse, revêtant le type ordinaire.

Bard conclut de son étude que l'emphysème chronique accompagne toujours à l'autopsie les *formes fibreuses de la phthisie* et qu'il se présente sous deux aspects différents : tantôt ce sont des plaques multiples d'emphysème, en apparence irrégulièrement disposées, mais qui ont pour caractère constant d'être situées dans le voisinage immédiat des noyaux fibreux, soit autour d'eux, soit dans les bandes de

parenchyme sain qui séparent deux noyaux voisins. Tantôt, au contraire, l'emphysème existe dans des points éloignés, dans la région où l'ampliation thoracique a conservé toute son étendue, sur les bords antérieurs et aux bases, par exemple.

A ces deux modes de distribution de l'emphysème correspondent deux interprétations pathogéniques différentes, mais elles combinent toujours leur action pour se prêter un mutuel appui.

Quand les nodules tuberculeux et leur atmosphère fibreuse forment de petits ponts de tissu cicatriciel, répandus en grand nombre dans un ou plusieurs lobules, chacun d'eux devient un point de rétraction. Alors les alvéoles compris dans leur intervalle, tirés en deux sens opposés, doivent se dilater pour combler le vide.

Quant à l'emphysème à distance, il faut, dit Bard, s'adresser au mode de distribution de l'air, en chercher la cause dans les modifications de l'acte respiratoire.

Dans le travail de Leray (1) se trouve une figure représentant une coupe de poumon atteint d'emphysème tuberculeux. Cette figure fait comprendre, mieux que toute description, le travail de désorganisation qui se passe dans le parenchyme pulmonaire par le fait de la présence des bacilles de Koch. On y voit la *nécrose du tissu propre* de l'organe, sa transformation en un réticulum granuleux ou caséeux avec disparition des fibres élastiques, enfin, l'envahissement des

(1) Leray. *Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale*, Th. Paris, 1896.

débris de parois par les leucocytes, la réunion d'alvéoles voisins en cavités plus ou moins larges pouvant simuler de véritables petites cavernes.

MÉCANISME ET PATHOGENIE

Le mécanisme de l'emphysème dans la tuberculose a été diversement interprété. Dans le cas d'emphysème à distance, destiné à compenser une lésion tuberculeuse plus ou moins éloignée, la cause est mécanique et banale. Dans le cas d'emphysème en plein tissu tuberculeux, lié intimement aux granulations tuberculeuses, la cause paraît surtout le travail direct de destruction dû aux bacilles de la tuberculose.

Causes mécaniques. — Le mécanisme de l'emphysème a été diversement interprété selon qu'on admettait des causes purement mécaniques ou des causes trophiques. — Cornil et Ranvier font dépendre l'emphysème de toutes les maladies de poitrine qui s'accompagnent de toux et de violents efforts d'inspiration et d'expiration. On a discuté la question de savoir si l'emphysème est causé par les efforts d'inspiration ou d'expiration. Laënnec admettait qu'il se produit dans l'inspiration; Jenner, Mendelsohn, Jaccoud, ont soutenu au contraire la prééminence du rôle de l'expiration, surtout lorsqu'elle se fait avec effort, dans les accès de toux, par exemple, la glotte étant en partie fermée.

Les expériences de Hirtz plaident en faveur du rôle de l'inspiration : Hirtz place une ligature sur la trachée d'un lapin, de façon à rétrécir son calibre ; l'animal meurt au bout d'une huitaine de jours. On constate que l'inspiration est particulièrement énergique pour faire entrer l'air dans la poitrine. Mais l'obstacle existe aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration. Pour établir le rôle de l'inspiration, Hirtz coupe les nerfs phréniques au niveau du cou : le diaphragme ne se contracte plus, la puissance de l'inspiration est diminuée de beaucoup et l'emphysème ne se produit plus.

Causes trophiques. — Dans d'autres circonstances, chez les vieillards par exemple, les lésions de nutrition du lobule pulmonaire, l'atrophie et la perforation des alvéoles, coïncident si bien avec la marche envahissante de l'emphysème, que ces lésions semblent en être, sinon la cause unique, du moins la cause principale.

Il est donc difficile de savoir exactement quelle part revient à l'acte mécanique et quelle part à l'acte trophique. Il semble que ce double processus existe dans bon nombre de cas.

Dans le cas où l'emphysème accompagne la phtisie, comme on a pu le constater pour la phtisie fibreuse, on est amené à se demander quel est le phénomène qui a précédé et produit l'autre. La tuberculose est-elle survenue chez un sujet emphysémateux et a-t-elle pris la forme fibreuse en se développant sur ce terrain, ou bien, au contraire, est-ce la phtisie fibreuse, première en date, qui a entraîné à sa suite la dislocation alvéolaire ?

On peut répondre, avec Bard, que l'on observe parfois nettement l'emphysème survenu secondairement, avec dila-

tation de l'extrémité terminale des bronches, comme conséquence des lésions tuberculeuses. Il est produit alors par la *rétraction cicatricielle* que le tubercule fibreux et les îlots de pneumonie interstitielle déterminent sur les parois des alvéoles voisins.

Mais, en dehors des causes mécaniques et trophiques, en dehors des rétractions d'ordre cicatriciel, il y a des causes qui tiennent aux lésions particulières à l'emphysème tuberculeux telles que Grancher les a décrites. On se rend compte alors de la facilité avec laquelle doivent se faire les perforations des alvéoles, ainsi que leur éclatement dans le voisinage immédiat des granulations tuberculeuses. Cette faiblesse, cette atrophie des parois, explique aussi la rapidité avec laquelle peuvent, dans certains cas, se former des cavernes chez des individus considérés simplement comme des emphysémateux.

Il semble donc que, dans ce dernier cas, l'emphysème se forme au fur et à mesure des nouvelles granulations tuberculeuses, suivant un développement satellite. C'est une *tuberculose emphysémateuse, destructrice des cloisons alvéolaires*, et non plus une dilatation alvéolaire simple, secondaire d'une lésion plus ou moins voisine.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous éliminerons de ce chapitre clinique cet emphysème chronique partiel que Hirtz compte parmi les variétés d'emphysème tuberculeux. On le rencontre dans la plupart des autopsies des tuberculeux et son peu d'étendue ne peut lui faire jouer qu'un rôle épisodique et tout à fait accessoire dans la marche de la maladie principale.

L'emphysème généralisé peut, au contraire, prendre une grande importance parmi les symptômes de la tuberculose pulmonaire au point de voiler, pendant plus ou moins longtemps, l'existence et la marche progressive de la tuberculose.

Cet emphysème généralisé se présente sous la forme aiguë ou sous la forme chronique.

A) Emphysème aigu généralisé dans la tuberculose aiguë.

Cette variété d'emphysème donne une physionomie spéciale à ces sortes de pthisies aiguës, asphyxiantes, où la confluence des tubercules n'empêche pas cependant la dila-

tation des alvéoles du poumon. La maladie n'est alors pas accompagnée de phénomènes inflammatoires aussi marqués que dans la tuberculose aiguë à forme asphyxique décrite par Colin, Laveran et leurs élèves.

La disproportion énorme entre la dyspnée suraiguë et les lésions pulmonaires reconnues à l'auscultation et à la percussion est encore plus caractéristique lorsque l'emphysème généralisé se joint à la tuberculose aiguë. Les crises de dyspnée, très violentes, durant un quart d'heure pour se reproduire à plusieurs reprises dans la journée, peuvent se distinguer nettement des crises d'asthme auxquelles on songe au premier abord. La face du malade est pâle, le teint grisâtre, plombé, le thorax plutôt rétréci, tandis que dans l'asthme, la poitrine globuleuse, le cou dilaté, tuméfié, la face congestionnée, bouffie, donnent un tout autre aspect.

Bientôt, du reste, l'amaigrissement quotidien du malade, exténué par la suffocation, puis l'élévation de la température, souvent tardive dans cette forme de phtisie, viendront imposer un diagnostic que l'on ne pouvait baser sur des signes donnés par la percussion ou l'auscultation puisque l'emphysème couvre tout de ses symptômes propres.

Chez les enfants, l'emphysème dans la phtisie aiguë est fréquemment observé. Sa symptomatologie se confond avec celle de la bronchite capillaire et son existence ne semble se révéler que lorsqu'il atteint un degré excessif, causant la rupture des alvéoles distendues. On peut assister alors à la formation de l'emphysème interlobulaire, ou même sous-cutané, apparaissant sur les côtés du cou sous forme de tumeur ferme, élastique au toucher si l'air n'a pénétré que par des ouvertures étroites. Si, au contraire,

la communication avec les parties profondes s'opère largement, la tumeur de la joue s'affaisse sous la pression. Bientôt l'infiltration aérienne s'étend sur le cou tout entier, la face et la partie supérieure du corps (1). Chez l'adulte, cette complication d'emphysème sous-cutané, toujours fatale, est beaucoup plus rare.

En résumé, l'emphysème aigu généralisé, lié à la tuberculose aiguë, présente en clinique un intérêt très relatif, la marche de la maladie étant trop rapide et les moyens d'action thérapeutique manquant totalement pour en retarder le terme fatal.

B) *Emphysème aigu généralisé dans la phtisie chronique.*

Cet emphysème vient, en général, se greffer sur les dilations de l'emphysème chronique. Il se produit sous forme de complication brusque, sous l'influence d'un obstacle prolongé à la respiration, l'œdème de la glotte par exemple, ou bien les quintes de toux violentes et répétées.

Cet emphysème peut alors masquer pour un moment les signes d'une tuberculose antérieurement évidente à l'auscultation et surtout à la percussion, où la matité se trouve brusquement remplacée par de la sonorité exagérée.

Son apparition est d'un effet fâcheux sur l'état général, en augmentant la dyspnée sans arrêter les progrès de la

(1) Grancher. *Union médicale*, 1886, 25 mars.

lésion destructrice. Il peut même devenir un danger immédiat lorsque la cause qui l'a provoqué persiste.

L'emphysème vésiculaire peut, en effet, arriver rapidement à ses dernières limites : les alvéoles distendues se rompent, l'air s'infiltré dans le tissu cellulaire, sous la plèvre, peut faire irruption dans la cavité pleurale, dans le médiastin, le tissu cellulaire sous-cutané. Cette pneumatose, par la gêne qu'elle entraîne dans les fonctions de l'hématose, entraîne fatalement l'asphyxie.

C) *Emphysème généralisé chronique dans la tuberculose chronique.*

Si l'emphysème a souvent été pris pour de la phtisie au début, l'erreur inverse est malheureusement plus difficile encore à éviter. La phtisie, voilée ou cachée par l'emphysème, passe pour une simple bronchite chez un emphyseux ou pour un emphysème avec dilatation bronchique, et alors l'emphysème, en faisant disparaître la matité, enlève un des éléments les plus précieux du diagnostic.

Quand un emphysème ancien se complique, à un moment donné, de tuberculose et que cette dernière affection se dérobe sous les traits de l'emphysème, on se trouve en face de grandes difficultés ; les incidents de la vie pathologique semblent continuer à appartenir plutôt à l'asthme ; les symptômes pouvant mettre sur la voie du diagnostic exigent une recherche attentive.

Comme symptômes généraux appartenant à l'emphysème tuberculeux, l'on remarque la configuration du thorax qui devient globuleux, parfois d'un seul côté; quelquefois il forme saillie en dessus et en arrière de la clavicule.

A la percussion, on remarque que la sonorité est altérée; le son devient clair, comparable à celui du pneumothorax. La sonorité de l'emphysème peut masquer complètement la matité de la tuberculose. « Porté à un certain degré, l'emphysème diminue l'état congestif des poumons, atrophie les capillaires, et comme les modifications de la sonorité chez les tuberculeux sont dues en grande partie à cet état congestif, l'emphysème les fait disparaître.

« Au début, d'ailleurs, chez le tuberculeux comme chez l'emphysémateux, il n'y a ni matité ni exagération de sonorité très marquée; il y a des nuances qu'on découvre en percutant des deux côtés de la poitrine (1).

« Dans les faibles degrés, la valeur absolue de la percussion n'est pas grande. Non seulement il faut comparer les régions correspondantes du thorax, mais souvent il faut s'aider des renseignements fournis par l'auscultation. Une sonorité moindre avec quelques râles sous-crépitants et une respiration soufflante ne laissent aucun doute sur l'existence de la tuberculose, tandis qu'une sonorité plus forte avec diminution du bruit respiratoire indique de l'emphysème. »

« Quant aux râles caverneux, leur valeur est surtout indiquée par leur siège. Les râles caverneux du sommet appartiennent presque toujours à la tuberculose, qu'il s'agisse

(1) Potain. *Emphysème et tuberculose. Semaine Médicale*, 1890.

d'une véritable caverne ou d'une bronche dilatée dont la dilatation est déterminée par l'évolution tuberculeuse.

Quand, au contraire, les râles caverneux s'entendent à la partie moyenne du poumon, ou à sa partie inférieure on doit penser plutôt à de la dilatation bronchique. »

Comme symptômes pouvant apporter un aide capital au diagnostic nous citerons l'amaigrissement, les mouvements de fièvre, *l'importance de la dyspnée*, l'hippocratisme, et surtout *l'apparition d'une hémoptysie*, enfin la présence, dans les crachats, de *bacilles de Koch*.

L'amaigrissement est lié à la tuberculose, on ne l'observe chez les emphysémateux que dans des circonstances exceptionnelles, quand il existe une bronchite chronique avec sécrétions abondantes et quand l'emphysème est poussé à un degré extrême.

L'existence de la fièvre, si particulière par ses irrégularités, est caractéristique de la tuberculose et non de l'emphysème simple. Ces mouvements de fièvre, qui peuvent figurer des courbes de température à la manière de celles de la fièvre typhoïde, sont d'autant plus précieuses quand elles existent, que, comme le fait remarquer Grancher, la cachexie lente qui marque les périodes plus avancées de l'emphysème tuberculeux est souvent apyrétique.

La dyspnée est un symptôme important par son caractère spécial dans l'emphysème tuberculeux. Que cet emphysème soit primitif, consécutif ou concomitant, la dyspnée manque rarement; elle constitue souvent la première manifestation de la maladie. (Hirtz, Espinosa y Capo.)

« Dans la tuberculose non compliquée d'emphysème, on observe relativement peu de dyspnée, car quand les

lésions pulmonaires sont étendues, l'état général est très atteint, le malade est incapable d'efforts et il n'a généralement pas l'occasion de constater son insuffisance respiratoire. L'emphysémateux, au contraire, conserve ses forces; il fait des efforts, et, dans ces tentatives, souffre de dyspnée.

« Quand il y a coïncidence d'emphysème et de tuberculose, la dyspnée suit le développement de l'emphysème (Potain). » Il arrive souvent que la dyspnée prenne une intensité assez grande pour simuler celle de l'emphysème asthmatique. A la dyspnée continue s'ajoutent alors des accès qui peuvent simuler les accès d'asthme.

Au premier abord, il semble que les crachats soient plutôt caractéristiques de l'emphysème simple : on trouve en effet l'expectoration mousseuse, aérée, semblable à une solution de gomme. Mais il y a en même temps des crachats caractéristiques d'une bronchite, opaques, parfois même striés de sang. Pour beaucoup d'auteurs on n'observe jamais de sang à moins qu'il n'y ait des tubercules. C'est là un fait d'autant plus digne de remarque que les efforts considérables que fait le malade pour tousser devraient provoquer l'hémoptysie.

L'examen bactériologique des crachats, souvent très minutieux et difficile, pourra seul, dans ces cas délicats, apporter la certitude du diagnostic.

Au point de vue clinique, l'hémoptysie nous paraît avoir une importance assez considérable, son existence étant liée presque toujours à la tuberculose et sa fréquence, dans les observations que nous avons recueillies, étant caractéristique.

L'importance de l'hémoptysie comme symptôme de tuberculose n'est plus à établir. Laënnec, Louis et Grisolle considèrent l'hémoptysie comme synonyme de tuberculose pulmonaire. Pidoux attache une importance considérable à l'apparition de ce symptôme qui ne constitue pas pour lui un accident de la diathèse arthritique ni même d'une maladie quelconque. Cette opinion est partagée par Widal, dans son article : *Hémoptysie* du *Dictionnaire* Dechambre. « En thèse générale, il est permis de dire que la plupart des hémoptysies tant soit peu abondantes et durables se rattachent plus ou moins immédiatement à la tuberculose. »

La discussion au sujet de la nature arthritique des hémoptysies trouve sa place ici puisque, comme nous l'avons vu plus haut, certains auteurs se basaient sur la nature arthritique de l'emphysème pour nier la possibilité de sa coexistence avec la tuberculose.

Germain Sée, s'appuyant sur des observations personnelles et sur les observations de Hiller, Cochez, Huguency, où l'on put constater la présence de bacilles dans les crachats expectorés à la suite d'hémoptysie, bien que les symptômes pulmonaires fussent négatifs, conclut que, s'il est vrai que les malades guérissent de l'hémoptysie, il n'y a cependant là aucun argument plausible pour baptiser cette hémoptysie du nom d'arthritique. « C'est la *curabilité fréquente et absolue de l'hémoptysie* qui avait trompé Andral, Hérard, Cornil et en dernier lieu Huchard, qui rejettent l'origine tuberculeuse de ces hémoptysies (1). »

(1) Sée. *Phtisie bacillaire*, 1884.

Huchard (1) s'élève contre la tendance à considérer l'hémoptysie comme liée étroitement à la tuberculose : « Aujourd'hui, l'observation de malades suivis longtemps après une hémoptysie, montre qu'on ne saurait dans tous les cas incriminer la tuberculose. Pourquoi la diathèse arthritique, qui se manifeste par des épistaxis, des angines, des congestions utérines et des métrorragies, ne produirait-elle pas des hémoptysies? »

Pour Grancher (2) la répétition de l'innocuité des hémoptysies pendant de longues années autoriserait à chercher ailleurs que dans le tubercule la cause qui les provoque et lorsque, pendant 30 ans, des hémoptysies abondantes se sont montrées inoffensives ou même salutaires, on peut avoir le droit, avec Huchard, d'invoquer l'arthritisme. « Mais cette opinion, si légitime qu'elle soit, manque de preuves; et la découverte du bacille de Koch n'est pas venue donner la solution du problème.

« Il ne suffit pas, à mon avis, de constater l'absence du bacille dans le sang des hémoptysies pour écarter la tuberculose; je suppose (ce qui n'est pas) que l'examen microscopique soit impeccable et qu'il soit appuyé sur des inoculations négatives; j'accepte, en un mot, que, dans le sang de l'hémoptysie la plus abondante, il n'existe aucun microbe; qu'est-ce que cela prouve? Que cette hémoptysie n'a pas coïncidé avec un ramollissement de tubercule, et rien de plus. »

Widal conteste également la valeur des caractères des

(1) Huchard. *Congrès pour l'avancement des sciences*, 1883.

(2) Grancher. *Tuberculose et auscultation*, 1890.

prétendues hémoptysies arthritiques, c'est-à-dire, leur apparition brusque, leur abondance, la conservation de la santé générale. Il est, en effet, des quantités d'hémoptysies tuberculeuses qui ne font pas maigrir les malades, et qui guérissent temporairement ou même définitivement parce que le tubercule qui leur a donné naissance a avorté ou s'est transformé en tissu inoffensif.

Dans la première période de la phtisie fibreuse chronique, Bard considère l'hémoptysie comme très fréquente et même précédant de loin l'établissement de la maladie. Quelquefois elle acquiert une importance considérable et se répète à toutes les périodes de la maladie. Comme nous le voyons dans presque toutes les observations que nous avons recueillies, l'emphysème avait débuté par une ou plusieurs hémoptysies qui sont ici le symptôme le plus constant (21 fois sur 30 cas).

PRONOSTIC

Le pronostic de l'emphysème aigu est, d'après tous les auteurs, fatal, aussi bien dans la tuberculose miliaire aiguë que dans les poussées de tuberculose aiguë greffée sur une tuberculose chronique, et cela, soit qu'il contribue, par son étendue, à l'asphyxie; soit qu'il occasionne l'accident brusque du pneumothorax ou de l'emphysème interlobulaire, médiastinal ou sous-cutané.

Dans la phtisie fibreuse, l'évolution de l'emphysème est très longue, car il suit le développement de la lésion tuberculeuse, contribuant, par son étendue plus ou moins grande, à des accès de dyspnée, à un degré d'asphyxie plus considérables. Le pronostic est subordonné aux conditions individuelles; il se base sur le degré d'activité de la tuberculose causale.

Si le développement d'un emphysème généralisé est de nature à confirmer l'évolution fibreuse, prolongée, de la lésion, il doit aussi éveiller des craintes pour l'avenir. L'emphysème contribue, par son étendue, à diminuer le champ de l'hématose, au point d'amener la dilatation du cœur

droit avec l'anasarque et les autres accidents de l'asyotolie par insuffisance tricuspidiennne.

Dans l'intention de prévenir les accidents cardiaques en modifiant la dyspnée et l'hématose, on devra placer les malades dans les mêmes conditions climatiques que les asthmatiques emphysémateux simples. On pourra même, suivant l'exemple de Thaon, diminuer les effets de l'emphysème par une gymnastique pneumatique modérée.

OBSERVATIONS

Nous avons jugé superflu de donner le détail des observations que nous avons recueillies, nous bornant aux points qui rentrent dans le cadre de notre sujet.

Laissant de côté les formes les plus communes en clinique, c'est-à-dire, l'emphysème aigu dans la tuberculose aiguë et dans la tuberculose chronique, nous rapportons seulement les observations *d'emphysème chronique, généralisé, dans la tuberculose chronique.*

CONCLUSIONS

I. — Parmi les formes d'emphysème lié à la tuberculose pulmonaire, la plus importante au point de vue clinique est celle de l'emphysème généralisé à marche chronique lié à une tuberculose chronique. Il peut, par son développement, voiler les signes de la tuberculose et faire considérer comme un simple emphysémateux un malade atteint, en réalité, de tuberculose latente. L'âge avancé du malade contribue souvent dans ces cas, à ne faire penser qu'à l'emphysème.

II. — D'après les observations que nous avons rapprochées nous sommes portés à voir, entre l'hémoptysie, l'emphysème et les symptômes nets de la tuberculose, les diverses étapes d'une maladie à évolution très lente dont l'hémoptysie est souvent le phénomène initial, et la dyspnée asthmatique, le symptôme prédominant.

III. — Le pronostic de cet emphysème chronique est celui même de la forme de phtisie qui lui a donné naissance ; son évolution est très lente, mais il peut compliquer la phtisie de symptômes aigus d'asystolie.

Observations d'emphysème généralisé tuberculeux à marche chronique.

Tableau N° 1.

I. — OBSERVATIONS SANS AUTOPSIES.

Observations	AUTEURS	SEXE	Age	
1	Louis	Femme	30	Dyspnée; emphysème généralisé, sauf au sommet droit où l'on trouve de la submatité avec respiration rude.
2	Pidoux	Homme	50	Asthme et emphysème très prononcés. Craquements et submatité au sommet gauche. A eu une <i>hémoptysie</i> attribuée à une affection cardiaque. <i>Plusieurs années après ce premier examen, formation d'une caverne au sommet gauche.</i>
3	id.	Femme	74	Catarrhe chronique, dyspnée. <i>Hémoptysie</i> , puis craquements humides au sommet gauche. Dans le reste du poumon : emphysème.
4	Guéneau de Mussy	Homme	42	Dyspnée depuis plusieurs années. Poitrine globuleuse, très sonore, sauf le sommet droit, où l'on trouve de la submatité. Emphysème très prononcé, expiration très prolongée; deux ou trois <i>hémoptysies</i> depuis un an.
5	id.	Femme	61	Poitrine globuleuse, emphysème généralisé, sauf le sommet droit où submatité abondante; <i>hémoptysie</i> .
6	id.	id.	»	Poitrine globuleuse, sonorité exagérée, sauf sous la clavicule gauche, où l'on trouve de la submatité avec respiration rude. Plusieurs <i>hémoptysies</i> .
7	id.	id.	65	Poitrine globuleuse. Avant l'âge de 45 ans, plusieurs <i>hémoptysies</i> et fluxions de poitrine. Pleurésie à gauche. De 45 à 64 ans plus d'hémoptysies; au moment de l'examen : symptômes d'emphysème et de bronchite généralisés, sauf le sommet droit qui présente de la matité avec rudesca respiratoire.

8	id.	Femme	50	Depuis l'âge de 14 ans, fluxions de poitrine et <i>hémoptysies</i> . Symptômes d'emphysème généralisé, sauf le sommet droit qui présente de la matité.
9	Hirte	Homme	35	Un an avant l'examen du malade : <i>hémoptysie</i> . Depuis lors, oppression, accès de dyspnée extrême. Poitrine globuleuse; respiration haletante. Symptômes : sonorité exagérée partout, sauf le sommet gauche, qui présente de la matité. Inspiration courte. Expiration très longue.
10	id.	»	27	<i>Hémoptysies</i> et dyspnée. Emphysème généralisé, sauf le sommet droit, où l'on trouve l'inspiration et l'expiration soufflantes.
11	id.	»	24	Pneumonie à 8 ans. Depuis, toux et expectoration. Crises d'asthme, amaigrissement depuis un an. Quelques <i>hémoptysies</i> . Thorax globuleux, très sonore, sauf sous la clavicule droite où submatité. Inspiration faible, expiration soufflante. Quelques craquements.
12	id.	»	39	<i>Hémoptysie</i> 14 ans auparavant. Deux ans avant l'examen actuel, on a porté le diagnostic d'emphysème et bronchite. Actuellement symptômes de phisie avec craquements, fièvre, amaigrissement.
13	id.	»	51	Début 3 ans avant l'examen actuel, par bronchite et <i>hémoptysie</i> . Thorax globuleux, saillie des creux sus et sous-claviculaires. Sonorité tympanique, sauf au sommet gauche où submatité en avant et en arrière. Respiration emphysémateuse des deux poumons. Souffle cavitaire au sommet gauche.
14	Potain	»	40	<i>Hémoptysie</i> suivie des symptômes de l'emphysème.
15	id.	»	44	Depuis plusieurs années, toux, <i>hémoptysies</i> , amaigrissement. Symptômes d'emphysème généralisé, sauf le sommet droit, où l'on trouve de la submatité avec craquements et une respiration rude dans la fosse sous-épineuse.
16	Renault	»	50	Toux habituelle, <i>hémoptysie</i> il y a 5 ans. Thorax bombé, sonore : râles sibilants; quelques craquements à gauche. Respiration emphysémateuse, rude par places. Expectoration spumeuse, visqueuse.

Observations d'emphysème généralisé tuberculeux, à marche chronique.

Tableau N° 2.

II. — OBSERVATIONS AVEC AUTOPSIES.

AUTEURS	SEXE	Âge	ANTÉCÉDENTS	AUTOPSIES
17	Hirtz	Homme	21 Asthme depuis plusieurs années. <i>Hémoptyses</i> deux ans auparavant. Puis tuberculose des organes génito-urinaires. Dyspnée; thorax bombé; symptômes d'emphysème et de bronchite.	Adhérences aux deux sommets et le long de la gouttière vertébrale. Pouxons très volumineux. Emphysème général. Sur le pouxon gauche, nombreuses granulations grises. De plus, sur le pouxon droit, on trouve 12 à 15 tubercules caséux de la grosseur d'un pois. Pas de pneumonie lobaire, ni lobulaire. Pouxons énormes, emphysème considérable, cavités emphysémateuses grosses comme des noix. Au sommet droit, quelques noyaux caséux enkystés. Emphysème surtout aux bords antérieurs; adhérences aux sommets; bandes scléreuses et petites nodosités avec matière caséuse enkystée, bronches dilatées. Pouxon gauche: emphysémateux, surtout au sommet et au bord antérieur; au sommet, noyau cicatriciel, traînées fibreuses, et deux petites cavernes. Pouxon droit: petite caverne remplie de matière caséuse entourée de travées fibreuses; le reste est emphysémateux. Emphysème sur les bords et aux bases. A gauche, cicatrice ancienne; bronches dilatées, entourées de tissu scléreux. Emphysème en avant et sur les bords; bronches dilatées. Les pouxons présentent, avec quelques noyaux caséux, des granulations miliaires.
18	Bard	Homme	48 <i>Hémoptyses</i> depuis 25 ans; oppression considérable, avec développement du système veineux sous-cutané.	
19	id.	»	64 Toux et crises de dyspnée depuis plusieurs années.	
20	id.	»	54 Depuis 5 ans, toux et oppression; 6 mois avant la mort, quelques <i>hémoptyses</i> .	
21	id.	»	56 Depuis 5 ou 6 ans, toux, oppression, avec œdème des membres inférieurs.	
22	id.	»	45 Un an auparavant, bronchite, puis oppression, œdème des membres inférieurs.	

23	id.	»	58	Depuis plusieurs années, toux, oppression, fièvre,	Poumon gauche : quelques adhérences pleurales. Poumon droit : symphyse complète; au sommet, petite caverne et sclérose, le reste emphysémateux.
24	id.	»	53	Pleurésie à 40 ans. Depuis 3 ans oppression vive.	Emphysème des bords antérieurs; ailleurs, adhérences pleurales, ganglions bronchiques caséux.
25	id.	»	35	Depuis 2 ans, toux, oppression vive.	A première vue, les poumons semblent seulement emphysémateux, mais, en pressant, on sent entre les doigts des noyaux indurés. Au sommet droit, caverne ancienne, du volume d'une petite noix, avec produits caséux et sclérose périphérique.
26	id.	»	68	Depuis 6 ans, oppression vive; œdème des membres inférieurs.	Poumons volumineux, emphysémateux. Sommet avec indurations, aspect bosselé. Au centre, portions indurées avec sclérose et caverne.
27	id.	»	81	Depuis 5 ans, amaigrissement. Toux et oppression depuis 2 mois.	Poumons très emphysémateux; pas d'adhérences. Vers le milieu d'un poumon, cicatrice étoilée; aux deux sommets, traînées fibreuses.
28	Gouraud	»	36	<i>Hémoptysie</i> à 20 ans; depuis lors, oppression habituelle.	Emphysème, sclérose, granulations de Bayle, adhérences pleurales, traînées scléreuses.
29	Bard	»	26	Plusieurs <i>hémoptysies</i> 3 mois avant la mort; depuis, dyspnée, toux et expectoration.	A gauche, pneumothorax et pneumonie; à droite, poumon très emphysémateux avec une petite caverne au sommet.
30	id.	»	42	Quelques <i>hémoptysies</i> abondantes; oppression, durée de la maladie : 3 ans.	Adhérences pleurales. Au sommet gauche cavernule; granulations dans le reste des poumons.
31	id.	»	52	Phénomènes pulmonaires anciens; depuis 4 mois diarrhée, symptômes de tuberculose intestinale.	Dans les deux poumons, mêlés à l'emphysème, on trouve des indurations et des dépôts calcaires.

Vu :

Le Président,

LANDOUZY.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

